



**U.S. Department of Justice**  
Office of Justice Programs  
*Office for Civil Rights*

**DATOS DE VERIFICACIÓN PARA DEMANDAS**

Su nombre, dirección y número(s) de teléfono:

---

---

---

Nombre, dirección y número(s) de teléfono de la o las personas que han discriminado en contra suya:

---

---

---

---

---

---

---

---

Nombre, dirección y número(s) de teléfono de la agencia u organización implicada en su demanda:

---

---

---

¿Existen otras personas u organizaciones implicadas en este caso de discriminación? \_\_\_\_\_  
Si sí, se ruega indique a continuación los nombres, las direcciones y los números de teléfono:

NOMBRE	DIRECCIÓN	TELÉFONO
_____	_____	_____
_____	_____	_____

¿En que se basa la discriminación sufrida?

\_\_\_ Raza/Color \_\_\_ Origen nacional \_\_\_ Religión \_\_\_ Sexo \_\_\_ Incapacidad \_\_\_ Edad

**Su demanda por discriminación implica:**

a. ¿Su empleo o solicitud de empleo? \_\_\_ Sí \_\_\_ No **O BIEN**

b. ¿El uso por usted de recursos o el suministro por otra persona de servicio/protección para usted (u otros)? \_\_\_ Sí \_\_\_ No

Si sí, de que manera:

- \_\_\_ Contratación
- \_\_\_ Asignación de tareas
- \_\_\_ Ascenso
- \_\_\_ Descenso
- \_\_\_ Disciplina
- \_\_\_ Paro forzoso/Reintegración
- \_\_\_ Retaliación
- \_\_\_ Despido
- \_\_\_ Otro (especificar) \_\_\_\_\_

Si sí, de que manera:

- \_\_\_ Brutalidad
- \_\_\_ Acosamiento
- \_\_\_ Lenguaje
- \_\_\_ Aplicación variada de las reglas y leyes
- \_\_\_ Acceso a edificios y programas
- \_\_\_ Retaliación
- \_\_\_ Normas, oportunidades y programas diferentes
- \_\_\_ Segregación
- \_\_\_ Otro (especificar) \_\_\_\_\_

¿En que mes(es), día(s) y año(s) ocurrieron el acto más reciente de discriminación?

Inicio: Mes \_\_\_\_\_ Día \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_  
Fin: Mes \_\_\_\_\_ Día \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_

**Explique detalladamente lo que ocurrió y en que forma se discriminó en contra suya. Indique quién participó y muestre cómo otras personas recibieron un trato diferente del suyo. (Incluya también cualquier elemento escrito o documentación referente a su caso.)**

---

---

---

---

---

¿Recibieron las personas del sexo opuesto, de otras razas, de otra nacionalidad, de otra religión o con otras incapacidades, un trato diferente del suyo en este asunto particular? Si sí, se ruega explique e identifique: \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No

---

---

---

¿Por qué cree usted que esto ha ocurrido?

---

---

---

¿Qué otra información piensa usted puede servir en nuestra investigación? \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

¿Si se resuelve esta demanda a su satisfacción, que desagravio desea obtener? \_\_\_\_\_

---

---

---

---

(Continúe cualquier respuesta en hojas adicionales si es necesario)

Se ruega liste a continuación cualquier persona (testigos, colegas, supervisores, entre otros) que podamos contactar para obtener mayor información que apoye o explique su demanda:

Nombre de teléfono	Dirección	Número
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

¿Ha presentado su caso o demanda ante cualquiera de las siguientes organizaciones? (Marque las respuestas apropiadas.)

- División de Derechos Civiles, Dept. de Justicia (Civil Rights Division, U.S. Dept. Of Justice)
- Comisión para la igualdad de oportunidades de empleo (U.S. Equal Employment Opportunity Commission)
- Otra agencia federal
- Tribunal federal o estatal
- Comisión de Relaciones Humanas estatal o local
- Agencia de planificación de ejecución de la ley estatal (State Law Enforcement Planning Agency)
- Abogado (Indique el nombre y dirección en la lista anterior)
- Otro (especificar) \_\_\_\_\_

Para cualquiera de las respuestas marcadas anteriores, se ruega indique la siguiente información:

Nombre de la agencia: \_\_\_\_\_

Fecha de presentación: \_\_\_\_\_

Número de caso o registro: \_\_\_\_\_

Fecha de juicio o audiencia: \_\_\_\_\_

Ubicación de la agencia o tribunal: \_\_\_\_\_

Nombre del investigador: \_\_\_\_\_

Estado del caso: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Comentarios adicionales: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**FECHA:** \_\_\_\_\_ **FIRMA:** \_\_\_\_\_

(Se ruega rellene y presente también la Declaración de exoneración de identidad)

Office for Civil Rights  
Office of Justice Programs  
810 7<sup>th</sup> Street, N.W.  
8<sup>th</sup> Floor  
Washington, D.C. 20531